

Polven tekonivelleikatun potilaan postoperatiivinen kivunhoito

Raija Ohvo

Opinnäytetyö

2010 Toukokuu

Hoitotyö
Sosiaali- ja terveysala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tekijä(t) Raija Ohvo	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 7.5.2010
	Sivumäärä 32	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkkojulkaisulu- pa myönnetty (X)
Työn nimi Polven tekonivelleikatun potilaan postoperatiivinen kivunhoito		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) PALOVAARA Marjo		
Toimeksiantaja(t) Keski- Suomen keskussairaalan Ortopedian osasto 21		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden tyytyväisyyttä kivunhoitoon sekä kipulääkkeiden riittävyyttä. Lisäksi selvitettiin miten kipua lievitettiin ja saivatko potilaat tietoa muista kivunlievityskeinoista. Tutkimuspyyntö tuli Keski – Suomen keskussairaalan ortopedian osasto 21</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimus aineisto kerättiin haastattelemalla 9 polven tekonivelleikkauksesta toipunutta potilasta. Haastattelut nauhoitettiin ja toteutettiin haastateltavien kotona, kun leikkauksesta oli kulunut 4 viikkoa.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan haastateltavat olivat melko tyytyväisiä leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon ja kivunlievitykseen. Tutkimuksessa ilmeni, että lääkkeettömien kivunhoito menetelmien käyttö osastolla oli vähäistä.</p> <p>Tarkoituksena oli tuoda esille kysymyksiä, miten leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa tulisi kehittää hoitotyötä ajatellen ja potilaiden mielipiteet huomioiden. Merkittävin seikka tutkimuksessa oli leikkauksen jälkeinen masennus, jota ilmeni muutamalla haastateltavalla. Tämä voisi olla yksi osa-alue, johon puuttua tulevaisuudessa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Leikkauksen jälkeinen kipu, kivunlievitys, tyytyväisyys, masennus		
Muut tiedot		

Author(s) Raija Ohvo	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 7.6.2010
	Pages 32	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publicatio(X)
Title The post-operative pain management of a patient after endoprosthetic knee surgery		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) PALOVAARA Marjo		
Assigned by Orthopaedic Ward 21 of the Central Hospital of Central Finland		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this study was to examine patients' satisfaction with pain management and the sufficiency of pain medication. Another research focus was on examining how pain was relieved and whether the patients received any information about other means of pain relief.</p> <p>This study was assigned by the Orthopaedic Ward 21 of the Central Hospital of Central Finland. The purpose was to raise questions on how to develop post-operative pain management both from the point of view of nursing care and of the patients.</p> <p>The quantitative research method was used in the study. The data was collected by interviewing 9 patients who had recovered from endoprosthetic knee surgery. The interviews were recorded and conducted at the respondents' homes four weeks after the operation.</p> <p>According to the results, the respondents felt quite satisfied with the post-operative pain management and pain relief. The study showed that the use of medicine-free methods of pain management had been exiguous. The most significant aspect in the study was the post-operative depression that some of the respondents had experienced. This could be one area for further research.</p>		
Keywords		
Post-operative pain, pain relief, satisfaction, depression		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 LEIKKAUKSEN AIHEUTTAMA KIPU JA SEN HOITO	6
2.1 Keinoniveltoimenpiteet ja niiden syyt	6
2.2 Leikkauksen jälkeinen kipu	7
3 KIVUN HOITO	9
3.1 Lääkkeellinen kivunhoito	9
3.2 Kivun lääkkeetön hoito	11
4 POTILAAN OHJAUS KIVUNHOIDOSSA	14
5 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	15
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	16
6.1 Tutkimuksen filosofiset lähtökohdat ja menetelmät	16
6.2 Tutkimuskohde ja aikataulu	17
6.4 Tutkimuksen analyysi	18
7 TUTKIMUSTULOKSET	19
7.1 Tutkimusjoukon kuvaus	19
7.2 Potilaiden tyytyväisyys kivunhoitoon	20
7.3 Potilaiden saadun kipulääkkeiden riittävyys osastolla	21
7.4 Potilaiden kivunlievitys ja muut keinot	22
7.5 Tutkimustulosten tarkastelu	24
9 POHDINTA	25
9.1 Tutkimustulosten pohdinta ja johtopäätökset	25
9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	27
9.3 Jatkotutkimusehdotukset	28
LÄHTEET	29

Liite 1	31
Liite 2	32

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemuksia kivunlievityksistä. Lisäksi selvitettiin heidän tyytyväisyytään kivunhoitoon.

Tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota lääkkeellisen hoidon lisäksi muihin kivunlievitys menetelmiin. Tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää kivunhoitoa.

Potilaalla on oikeus hyvää ja laadukkaaseen kivunhoitoon, siihen kuuluu tehokas kivun poistaminen ja jatkuva arviointi. Tehokas kivun poistaminen luo potilaan tyytyväisyyttä ja myös lyhentää sairaalassaoloaika, joka vastaavasti nopeuttaa toipumista. Kivun tutkimus hoitotieteessä on yleistynyt ja etenkin aikuisten kipua tutkitaan nykyään enemmän. Potilaiden mahdollisuudet osallistua omaan kivunhoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin on lisääntynyt ja hoidon tuloksien arviointi menetelmät kehittyneet. (Sailo & Vartti 2000, 123.)

Leikkauksen jälkeinen hyvä kivunhoito on jatkuva haaste Suomessa, että muualla. Hyvä ja turvallinen kivunhoito ulottuu leikkaussalista osaston kautta aina potilaan kotiin saakka. Potilas on itse paras asiantuntija tulkitsemaan omaa kivunhoitoaan. Potilas on ainut, joka tietää miltä hänestä tuntuu. Toisaalta hoitohenkilökunnan tehtävänä on kuunnella potilasta ja selvittää potilaan kiputuntemuksia. Hyvä ammattitaito ja kokemus auttavat hoitohenkilökuntaa ymmärtämään kipua sen kaikissa muodoissa. (Rosberg, Alahuhta, Lindgren, Olkkola & Takkunen 2006, 838–839.)

län karttuessa ja ylipainon lisääntymisen myötä nivelrikkojen esiintyvyys lisääntyy ja tekonivelleikkausten määrä nousee. Konservatiivinen hoito polven nivelrikossa on ensisijainen hoitomuoto ennen leikkausta. Potilaan sitoutuminen omaan hoitoonsa on tärkeää. Kuntoutuksella ja kipulääkkeiden avulla voidaan hoitaa tehokkaasti keskivaikeita tai vaikeita nivelrikkokipuja. Mikäli potilaan liikunta- ja toimintakyky sekä elämänlaadun ylläpitäminen hankaloituu, kannattaa vaurioituneet nivelet korjauttaa tekonivelleikkauksella. Kirurgisia vaihtoehtohoitoja ovat tähystys, osteotomia sekä osa- ja kokonivelleikkaus. Komplikaatioiden vähentämiseksi ja tekonivelleikkausten tulosten parantamiseksi leikkaukset tulisi keskittää isoihin yksiköihin. Hoitotakuulain

perusteella toimenpiteet leikkaustarpeen toteamisesta tulisi tehdä kuuden kuukauden kuluttua. Leikkauseihteitä on monia ja niiden priorisointi on tärkeää. Yösräky, jatkuva päivittäinen leposärky ja liikuntakyvyn huomattava rajoittuminen ovat leikkauksen aiheita. (Duodecim 2008, 265.)

Aineisto kerättiin haastattelemalla, joissa tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät esille. Tarkoituksena oli saada arvokasta tietoa alan ammattilaisille, kuinka kehittää polven tekonivelleikkauksen jälkeistä kivunhoitoa. Haastattelut toteutettiin potilaiden kotona, kun leikkauksesta oli kulunut 3-4 viikkoa.

Keski- Suomen sairaanhoitopiirin osasto 21 oli jättänyt tutkimusaiheen Jyväskylän ammattikorkeakoulun aihepankkiin. Aihe vaikutti mielenkiintoiselta ja otin yhteyttä endoproteesihoitajaan, hän lupautui auttamaan tutkimuksessa. Aihe on ajankohtainen, sillä proteesileikkaus on aina iso haaste niin potilaalle kuin hoitohenkilökunnalle, olipa kyseessä polvi- tai lonkkaleikkaus. Ortopedia on laaja alue, aiheeksi valitsin polventekonivel leikkauksessa olleet potilaat. Polventekonivel leikkauksia tehdään vähemmän ja ovat haasteellisimpia kivunhoidossa.

2 LEIKKAUKSEN AIHEUTTAMA KIPU JA SEN HOITO

2.1 Keinoniveltoimenpiteet ja niiden syyt

Keino- eli tekonivelen tarkoituksena on poistaa kipu ja palauttaa potilaan liikkumis-/toimintakyky ja parantaa siten heidän elämänlaatua. Tekonivelleikkauksia eli artroplastiassa voidaan tehdä joko ala- tai yläraajojen isoihin niveliin, mutta keinoproteesia asetetaan myös nilkan, käsien, ranteiden ja varpaiden niveliin. Keinonivelet ovat valmistettu pääasiassa titaanista, koboltiteräksestä tai polyeteenimuovista. Niiden on oltava kestäviä, koska ne altistuvat rasitukselle ja kulumiselle. Keskimääräinen ikä keinonivelellä on 15 vuotta. Yli 90 % keino- eli tekoproteesista kohdistuu lonkka- tai polviniveliin. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 641.)

Ihmisen suurin nivel on polvinivel (articulatio geneus). Se sijaitsee sääriluun nivelkuoppien ja reisiluun nivelnastojen välissä. Polvinivelproteesi (totaalien-doproteesi) korvataan usein kokonaan. Polvinivelen kuluma on yleisin syy polvinivelasennukseen ja toiseksi yleisin on nivelreuma. (Iivanainen ym. 2001, 646.)

Polvikipujen tavallisin syy on usein polvinivelen kuluma tai nivelrikko. Nivelrikkoa voi pahentaa niveleen kohdistuva ylipaino ja vähäinen liikunta pahentavat tilannetta heikentämällä lihaksia ja nivelsiteitä. (Bricklin 2003, 284.) Nivelrikossa koko nivel on sairastunut, se aiheuttaa muutoksia lihaksissa, luussa kuin nivelrustoissa. Muutokset tulevat esiin hitaasti vuosien kuluessa (Internet 2). Polven tekonivelleikkauksen syinä pidetään jatkuvaa kipua, virheasento, liikerajoitukset, selvästi lyhentyneet kävelymatkat (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Potilaan opas 2005).

Tekonivelen asennus on tärkein leikkaus, joissakin tapauksissa täyhystyksellä voidaan tekonivelasennusta siirtää vuosia eteenpäin. Polven tekonivel vaiva on yleensä kuluma, joillakin nuorilla reuma tai polven seudun vamma. Tekonivelen vaihto helpottaa polven kipua ja korjaa polven liikkuvuutta, tukevuutta ja vääriä asentoja. Tekonivelellä voidaan korvata joko kaikki nivelpinnat tai vain osa. Proteesi voidaan kiinnittää sementillä tai ilman sementtiä. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 292.)

2.2 Leikkauksen jälkeinen kipu

Sailo & Vartti (2000) kuvaavat kivun seuraavasti: ”Kipua on mikä tahansa sellainen kokemus, jonka yksilö määrittelee kivuksi”. Kipu on aina henkilökohtainen ja se on yksilöllistä. Se on tunne tai tila, joka on yksilölle epämiellekästä. Sitä ei voi myöskään verrata muiden kokemuksiin kivusta ja se on aina yksilölle todellista. (Sailo & Vartti 2000, 30.)

Luonteeltaan kipu voi olla lyhytkestoista eli akuuttia tai kroonista eli pitkäikaista. Hoitokeinot, mekanismit ja merkitys ovat kroonisen ja akuutin kivun välillä kuitenkin erilaiset. Paranemisen myötä kipu normaalisti lievenee vauriossa. (Sailo ym. 2000, 24.)

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) on määrittänyt kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi eli tuntoaistiin perustuvaksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon voi liittyä kudოსvaurio tai jokin muu samalla kuvatulla tavalla. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 3.)

Rosenberg ja muut (2006, 838–839) toteavat: ”Kipu on voimakkaimmillaan juuri leikkauksen jälkeen, kun anestesia- aineet ovat pääosin lakanneet lievittämästä kipua”. Postoperatiivisen kivun voimakkuuteen vaikuttaa leikkauksen aikainen anestesiamenetelmä. Puudutteilla on todettu olevan kipua vähentävä vaikutus leikkauksen jälkeen, koska puudutusvaikutus ulottuu ajallisesti leikkauksen yli. Postoperatiiviseen kipuun vaikuttavat potilaan psykofyysinen ominaislaatu, valmistautuminen leikkaukseen, toimenpiteen kohde, luonne ja kesto, kirurgisten komplikaatioiden esiintyminen ja anestesiatekniikka. (Rosenberg ym. 2006, 838–839.)

Kipukokemuksiin vaikuttavat kivun aikaisemmat tuntemukset, kulttuuri, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tekijät. Kipupotilaan tuntemuksia ja erilaisia kipukokemuksia auttaa kokonaiskipuun liittyvät tekijät. (Sailo, Vartti 2000,30.)

Postoperatiiviseen eli leikkauksen jälkeiseen kipuun vaikuttavat mm. leikkausalueen suuruus, leikkaus, anestesiatyyppe, potilaan psyykkiset voimavarat ja aiemmin koetut kipukokemukset. Postoperatiivisen kivunhoidon avulla pyritään vähentämään kivun lisäksi mahdollisia postoperatiivisia komplikaatioita ja lyhentämään mahdollisesti hoitoaikaa. (Salomäki ym. 1999, 158,49.) Ennen leikkausta tehdään alkututkimus, jonka tarkoituksena on selvittää, sopiiko tarjolla oleva hoito potilaalle ja luoda pohja yksilölliselle hoito-ohjelmalle. (Estlander 2003,171.)

Kivunhoitoa voidaan toteuttaa joko lääkkeillä tai muita vaihtoehtoisia hoitomuotoja käyttäen. Laadukas kivunhoito toteutetaan siten, että ensin arvioidaan kipuongelma sekä kivunmäärä ja -laatu käytettävissä olevilla

mittareilla. Systemaattinen kivun arviointi ja seuraaminen on hoidon kannalta tärkeitä. (Iivanainen ym. 2001, 126.)

3 KIVUN HOITO

3.1 Lääkkeellinen kivunhoito

Lääkehoito tulisi olla säännöllistä leikkauksen jälkeen. Lääkäri tekee potilaalle kivunhoitosuunnitelman leikkauksen ja kivun luonteesta riippuen, jota noudatetaan, tarkistetaan ja kirjataan tarkasti annetut lääkkeet ja aika. Lääkkeiden sivuvaikutuksia seurataan ja kivunlöpilyöntiä. Lääkitystä vähennetään tasaisesti kuunnellen potilaan kiputuntemuksia. Ulkopuolinen ei voi arvostella potilaan omaa kiputuntemusta. Jokaisella on omakohtainen kipukokemus. (Sailo ym. 2000, 123.)

Leikkauksen jälkeinen kipu vaihtelee voimakkuudeltaan hyvin eri tavalla, yleensä se on lyhytkestoista. Liian voimakas kipu aiheuttaa potilaalle henkistä kärsimystä sekä fysiologisia häirittejä. Anestesiologien tavoitteena on taata potilaalle tehokas kivunlievitys ilman komplikaatioita. Tutkimuksen mukaan suomalaiset leikkauspotilaat ovat ilmaisseet tietyn määrän kipua kuuluvan normaaliin ilmiöön leikkauksen jälkeen. He myös vierastavat menetelmiä, joihin liittyy riskitekijöitä. (Kalso, Vainio 2002, 222.) Eri maissa kipuun suhtaudutaan eri tavoin: toisissa vähätellään kipua ja ihaillaan sen eleehtä kärsimystä, toisissa taas ilmaistaan kipua vilkkaasti. (Vainio 2003, 12.)

Kiputuntemukset pyritään pitämään poissa hyvällä lääkkeellisellä kivunhoidolla ja tarkoituksena on edistää paranemista siten, että potilaalla on mahdollisimman vähän kipua. Säännöllistä kivunhoitoa toteutetaan leikkauksen jälkeen 3-5 vuorokautta. (Sailo & Varti 2000, 123.)

Tehokas kivunlievityskeino on infuusiona annettu puudute, joka menee selkäydintä ympäröivään epiduraalitilaan. Bupivakaiini tai ropivakaiini ovat

tavallisimmat puudutusaineet. Puudutteen vaikutus perustuu siihen, että ne estävät ärsykkeiden kulkemisen hermoissa, jotka välittävät kiputunteja (Nurminen 2002, 247.) Suurten leikkausten jälkeen suosittu kivunhoitomenetelmä on epiduraalisten opioidien käyttäminen. Epiduraalisten opioidien etuna on varhainen mobilisoituminen eli liikkuminen, sillä ne eivät vaikuta sympaattiseen eivätkä motoriseen hermoston toimintaan, toisin kuin puudutteen. (Kalso ym. 2002, 233.)

Laurila (2002) on selvittänyt väitöskirjassaan tulehduskipulääkkeiden ja epiduraalipuudutteen kipua lievittävää vaikutusta mm. lonkka- ja polvitekonivelleikkausten jälkeen. Tutkimuksen mukaan hoitamaton kipu voi johtaa hormonaalisiin, aineenvaihdunnallisiin ja tulehduksellisiin muutoksiin, jotka haittaavat potilaan toipumista ja kuntoutumista leikkauksesta. (Laurila 2002, 4639.)

Tulehduskipulääkkeiden keskeinen vaikutus on kivunlievitys ja ne poistavat samalla tulehdusta. Tulehduskipulääkkeiden vaikutus perustuu siihen, että ne estävät kipua välittävien prostaglandiinien muodostumista. Niitä käytetään yleisesti leikkauksien jälkeisiin kivunhoitoihin. (Rosberg ym. 2006, 135.) Pitkään käytettynä tulehduskipulääkkeet aiheuttavat mahalaukkuun tai pohjakaissuoleen pinnallisia, yleensä oireettomia limakalvovaurioita. Joissakin tapauksissa limakalvo sopeutuu tulehduskipulääkkeisiin ja vauriot korjaantuvat. Joillekin pitkäaikaikäisille kehittyy pitkäaikainen maha- tai pohjakaissuolihaava. (Internet 3.)

Silvasti (2001) vertaili kolmea vahvaa kipulääkettä (oksikoni, morfiini ja tramadol) PCA (patient- controlled analgesia) -menetelmällä annettuna. Leikkauksen jälkeinen riittävä kivunhoito saavutettiin näillä kaikilla kolmella lääkkeellä. Epiduraalinen itseannostelumenetelmä osoittautui tekonivelleikkauksesta toipuville vanhuksille hyväksi ja turvalliseksi hoitomuodoksi. Epiduraalisen itseannosteluun liittyi lääkkeen vähäisempi kulutus kuin epiduraalisella tasaisesti jatkuvalla annostuksella. Lähes kaikki potilaat olivat tyytyväisiä itseannostelumenetelmään leikkauksen jälkeen, vaikka osalla esiintyi pahoinvointi ja oksentelua. Sivuvaikutukset ovat yleisiä, kun käytetään vahvoja kipulääkkeitä. (Silvasti 2001, 2701).

3.2 Kivun lääkkeetön hoito

Vaihtoehtoisia hoitomuotoja ovat erilaiset terapiat, kuten psyko-, ja fysioterapia. Psykoterapiassa kipupotilaan hoito on vaativaa ja monimuotoista joka vaatii teoreettista ja psykologista tietämystä kivunhoidosta. Empatia, sensitiivisyys ja aito välittäminen ovat hoidon onnistumisen kannalta tärkeää ja ne kuuluvat auttajan rooliin. Hoitoprosessin aktiivinen osallistuja on potilas itse, joka on mukana päättämässä omista hoidon tavoitteista ja menetelmistä. (Estlander 2001, 168.)

Fysioterapialla on suuri merkitys potilaan kivunhoidossa. Potilaan motivointi omaan hoitoon tulee aloittaa jo ennen leikkaustoimenpidettä kotona. Hyvät ja selkeät liikuntaohjeet auttavat potilasta selviytymään leikkauksesta paremmin. (Estlander 2003, 174). Liikkeelle lähteminen leikkauksen jälkeen on erittäin tärkeää veritulppariskin vuoksi. Lihaskunnon ylläpitäminen ja leikkausalueen jäykkyys ovat estettävissä liikkumisella. Potilaan ei tarvitse kärsiä ylimääräisestä kivusta ja kipulääkkeiden tarpeellisuus tulisi huomioida. Potilas pelkää lähteä liikkeelle, hän pelkää apuvälineiden käyttöä, kuten kyynärsauvoja. Fysioterapeutti ohjeistaa potilaita ennen leikkausta ja sen jälkeen. Tarvittaessa fysioterapeutti opastaa kyynärsauvojen ja muiden apuvälineiden käytössä. (Sailo ym. 2000, 125.)

Potilaan hyvä fyysinen kunto ennen leikkausta auttaa toipumisprosessissa. Kielteiset ajatukset taas aiheuttavat sen, että potilas passivoituu ja liikkeelle lähtö vaikeutuu. Liikkumattomuuden haittana lihakset alkavat surkastua ja niiden kunto heikkenee, jolloin liikkuminen on entistäkin vaikeampaa. Potilaan tulisi miettiä, mitä kaikkea voi tehdä kivusta huolimatta ja pyrkiä elämään täysipainoista elämää. (Salanterä ym. 2006, 159.)

Mahdollisuus kokeilla muitakin hoitokeinoja kuin lääkehoito ovat asentohoito, kylmäpakkaukset, liikunta ja ohjaus, keskustelu/ kuuntelu, hoitajien oikea asennoituminen ja rentoutusharjoitukset.

Asentohoidolla pyritään saamaan potilaalle rennompi olotila ja ehkäisemään makuuhaavoja syntymistä. Leikkausalueen ollessa rento, pysyy kipukin kauemmin poissa ja parantuminen edistyy. Potilasta voi itseään pyytää korjaamaan asentoa, näin estetään ihopainumat ja verenkierto pysyy normaalina. (Sailo ym. 2000, 124.)

Kylmäpakkaukset auttavat kiristävään ja pistävään kipuun. Tällaisia ovat geeli, jääpussit ja viileät pyyhkeet. Geeli levitetään iholle, jonka vaikutus on viilentävä ja antaa puuduttavan tunteen. Jääpussia voidaan käyttää turvotuksien lievityksiin, samoin viileät pyyhkeet ovat hyviä keinoja turvotukseen ja kipuun. (Sailo ym. 2000, 125.)

Ihminen voi omalla toiminnallaan vaikuttaa kivunhoitoon, syömällä monipuolisesti välttämällä eläinrasvoja, kuten rasvaisen lihan ja – maitotuotteiden vähentäminen. Sokeria ja muita sokerilla maustettuja ruokia tulisi nauttia vähän tai ei ollenkaan. Syömällä runsaasti kuituja sisältäviä ruokia ja viljatuotteita voi ehkäistä sydän- ja verisuonisairauksia. (Heikkilä 2006, 15.)

3.3 Kivun arviointi ja kokemus

Kipututkimuksissa voidaan käyttää VAS- asteikkoa (Visual Analogue Scale), joka on osoittautunut käyttökelpoiseksi mittariksi. Mittaria tulisi käyttää jokapäiväisessä kivunhoidon voimakkuuden kuvaamisessa. VAS- mittaria on helppo käyttää ja kirjata, silloin kun potilas ei pysty kunnolla ilmaisemaan kipua puheen avulla. VAS- mittareita on olemassa erilaisia; asteikot, janamittarit, kipukiila ja ilmeasteikko. (Sailo ym. 2000,130.)

Kipua on arvioitava kokoajan, jotta kivunhoito onnistuu. Hoidon tuloksia kirjataan, arvioidaan ja seurataan systemaattisesti. Täydellistä kivuttomuutta ei ole, jolloin hoitohenkilökunnan tulee kertoa asiasta rehellisesti potilaalle. Hoitohenkilökunta seuraa ja arvioi koko ajan, onko potilaan kipu lievittynyt ja millä kipua on lievitetty. (Lindgren 2005,95.)

Kipua voidaan arvioida tarkkailemalla potilaan käyttäytymistä, kasvojen ilmeitä, itkua, kyyneleitä, kehon asentoa ja yksilön suhtautumista kehoon sekä

raajojen liikkeitä. Kivun voimakkuuden lisäksi potilaan tulisi arvioida kivun sijaintia, kestoja, laatua ja asioita, jotka lisäävät tai vähentävät kipua. (Salanterä ym. 2006, 76–78.)

Potilaan mieltymykset ja kipumittarin luotettavuus vaikuttavat valintaan. Kivun arviointi numeroin on luonnollista toisille, toiset taas hahmottavat kiilan paremmin tai kuvaavat kivun kipusanoiksi. Kivun voimakkuutta arvioitaessa tulisi huomioida onko potilas liikkeessä, levossa tai onko kipu lievimmillään vai pahimmillaan. Eri potilaiden käsite kivusta on erilainen, siksi kivun voimakkuutta ei voida verrata toisiinsa. (Salanterä ym. 2006, 83–84.)

Leikkauksen ja anestesian jälkeen herääviä potilaita tulee valvoa heräämössä ja vuodeosastolle siirrytään vasta, kun potilaan elintoiminnot ovat vakaat. Potilaan ollessa heräämössä pyritään arvioimaan hänen osastolla tarvitseman kipun määrän. Potilaan siirtyessä heräämöstä osastolle, hänen riittävästä kivunhoidosta vastaa sairaanhoitaja, noudattamalla lääkärin määräystä ja soveltamalla niitä potilaan toivomuksiin. (Jäntti 2000, 120–121.)

Ihmisen henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat kipukynnykseen ja kivun sietokykyyn. Naiset ilmaisevat herkemmin kivun kuin miehet. Kivun tuntemukseen vaikuttavat ikä, perimä, sukupuoli, kehitysvaihe, persoonallisuus. Kipu on moniulotteinen ilmiö ja sitä voidaan hoitaa monin eri tavoin. (Salanterä ym. 2006, 9.)

Meistä jokainen kokee kivun eri tavalla, siksi olisi tärkeää huomioida aina ihminen ainutlaatuisena yksilönä. Käyttäytymisellään ihminen viestittää kipua ja kärsimystä. Ihminen ilmaisee kivun, tällöin kipua ei voida kyseenalaistaa. Kivun hoitoon vaikuttaa ihmisen oma elämänhistoria ja kaikki muu mikä liittyy hänen elämäänsä. Ihmisen kokemat edelliset hoitosuhteet ja toimenpiteet vaikuttavat kivunhoitoon. (Estlander 2003, 9.)

Kivunluonne on askarruttanut ihmiskuntaa vuosisatoja. Henkilökohtaisena kipu on aina välitön. Kipua on lähes mahdotonta kuvata muutoin kuin vertauskuvilla. Erilaiset teoriat kivusta ovat oman aikansa tuotteita, ovat ne nykyaikaisessa kivun hahmottamisessa viitteitä menneisyydestä. Kivun

luonteen tieteellinen ymmärtäminen vaatii perusteellista fysiologian, psykologian sekä ruumiin ja mielen välisen yhteyden pohtimista. (Main & Spanswick 2000, 3.)

4 POTILAAN OHJAUS KIVUNHOIDOSSA

Hoidon onnistumisen kannalta potilaan ohjaus on tärkeää. Potilas tarvitsee tietoa sairaudestaan, jotta voi hoitaa itseään. Hän tarvitsee tietoa kivun vaikutuksesta elimistön toimintaan, mielialaan ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Lisäksi hänen tulee saada tietoa potilaan oikeuksista ja mahdollisuuksista toimia oman terveytensä hyväksi. Useimmiten ennen leikkausta potilaalle nousee tilanteesta kysymyksiä, joihin toivoo hoitajan vastaavan. Näitä kysymyksiä ovat mm. tulevatko he tuntemaan kipua leikkauksen aikana tai sen jälkeen; miltä kipu tuntuu ja kauanko se kestää. Lisäksi potilaiden mieltä on askarruttanut, milloin heidän tulisi kertoa kivuistaan hoitajalle sekä mitä vaihtoehtoja kivunhoidossa on. Potilas voi valita sopivan kipua lievittävän kivunhoitomenetelmän ja toteuttaa niitä itselleen sopivalla tavalla ja hetkellä. (Salanterä ym. 2006, 21- 26.)

Kivuliaan potilaan kyky vastaanottaa tietoa on rajallinen. Hoitajan tulee olla valmis antamaan ohjausta riittävän usein ja näin varmistaa, että potilas on saanut tietoa riittävästi. Ennen leikkausta toteutetulla potilasohjauksella voidaan vähentää mahdollisia toimenpiteeseen liittyviä pelkoja ja ahdistusta, sekä siten kipulääkkeiden tarvetta. Potilasohjauksessa tulee hoitajan edetä potilaan lähtökohdista ja siten korostaa potilaan kykyä tehdä itsenäisiä valintoja. Keskustelu, potilaan toiminnan havainnointi ja saatu palaute johtavat ohjauksen erivaiheita. Hoidon onnistuminen ja potilaan tyytyväisyys ovat ohjaamisessa olennaisia tekijöitä. Potilaan etukäteisohjauksella ja potilaalle annettavalla kirjallisella materiaalilla on keskeinen merkitys hoidon onnistumisessa. (Salanterä ym. 2006, 21–26.)

Tekonivelleikatun potilaan kotiutuessa hänellä tulee olla selkeät kirjalliset hoito-ohjeet siitä miten kipua seurataan ja lääkitään sekä kuinka hän voi turvallisesti itse hoitaa kipua kotiolosuhteissa. Kivun pitkittyessä ja se on

hallitsematonta, tulee potilaalle olla ohjeet, mihin hän ottaa yhteyttä.
(Salanterä ym. 2006, 27.)

Sairaanhoitajan tulee varmistua siitä, että leikattu potilas on ymmärtänyt annetut ohjeet. Tiedon neuvonnalla ja antamisella tuetaan potilaan omaa sitoutumista lääkehoidon noudattamiseen. Käytettävien lääkkeiden mahdollisista sivuvaikutuksista tulee kertoa potilaalle. (Salanterä ym. 2006, 28.)

Sairaanhoitajan tulee selvittää kieliongelmiä ja muusta potilaaseen liittyvistä asioista kommunikoidessaan eri kulttuureista tulevien ihmisten kanssa. Ystävällisyys ja avoin mieli auttavat tilanteessa yhteisen kielen puuttuessa. Hymy ja ystävällisyys eivät korvaa puhuttua kieltä, jolloin potilaan olo voi muuttua epäluuloiseksi ja sulkeutuneemmaksi vuorovaikutustilanteessa. (Jahren-Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006, 99.)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää kiinnittää huomiota tutkimuksen yleiseen tarkoitukseen ja tutkimustehtävän rajaukseen. Tavoite ja tarkoitus tulee ilmaista selkeästi. Tavoite ilmaisee hyödynnettävyyden näkökulman, mitä hyötyä tutkimuksesta tulee olemaan. Tarkoituksessa kuvataan ilmiötä tai yleiseen tutkimusalueeseen liittyviä tekijöitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 156–157.)

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden tyytyväisyyttä ja kokemuksia kivunlievityksestä polven tekonivelleikkauksen jälkeen. Tutkimuksessa lisäksi selvitetään miten potilaat kokivat kivunhoidon ja miten kipua lievitettiin. Tavoitteena on saada arvokasta tietoa alan ammattilaisille, kuinka heidän tulisi kehittää leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa potilaiden mielipiteet huomioiden.

Tutkimuksen tavoitteena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Olivatko potilaat tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon?

2. Saivatko potilaat mielestään riittävästi kipulääkettä?
3. Miten kipua lievitettiin?
4. Saivatko potilaat tietoa muista kivunlievityskeinoista?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin haastattelemalla 9 polvileikkauksesta kotiutunutta potilasta. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluna heidän kotonaan, kun leikkauksesta oli kulunut 4 viikkoa. Potilailta kysyttiin samat kysymykset, jotka nauhoitettiin ja litteroitiin. Potilaille oli annettu osastolla tiedote, jossa kerrottiin heidän kotonaan tapahtuvasta haastattelusta. Myöhemmin saatu tieto auttaa tulevaisuudessa alan ammattilaisia kehittämään leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa. Paunonen ym. (2006, 30) toteavat kirjassaan; ”Nauhurin käyttöä ei kannata piilotella tai vähätellä, vaan tutkittavilla on oikeus saada asiasta riittävästi tietoja” (Paunonen ym. 2006, 30). Haastattelut toteutettiin nauhuria apuna käyttäen.

6.1 Tutkimuksen filosofiset lähtökohdat ja menetelmät

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivista eli laadullisista menetelmää hyödyntäen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Haastattelun sisällöt ja painotukset riippuvat potilaasta, tilanteesta ja vuorovaikutustilanteesta. Haastattelun pitää olla joustava ja luonteva. Haastattelijalle on mahdollisuus toistaa kysymykset, selventää ilmausten sananmuoto, oikaista väärinkäsitykset ja keskustella tiedon antajan kanssa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohderyhmää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena enemmänkin osoittaa tai löytää tosiasioita kuin tuoda esille jo olemassa olevia väittämiä ja totuuksia. (Hirsjärvi ym. 2007, 157.)

Tutkimusmenetelmä valitaan, kun tutkimusstrategia on selvillä. Tutkimusongelmien ratkaisemiseksi tulee löytää metodi, jonka avulla tavoitellaan ja etsitään tietoa tai pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmat. Valintaa

tehdessä tulee ottaa huomioon käytettävissä oleva aika ja muut resurssit. Metodivaihtoehtoja on useita esim. erilaiset haastattelut, kysely- ja havainnointimenetelmät. (Hirsjärvi ym. 2007, 178–180.) Tutkimus toteutettiin yksilöhaastatteluna.

Esihaastattelua voidaan käyttää apuna ja siitä saadun tiedon perusteella voidaan tarkentaa kysymyksiä. Esihaastattelun tarkoituksena on testata haastattelun kysymysrunkoa, karsia pois vähemmän tärkeät tai lisätä uusia kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 72.) Tutkimuksessa esitetyt kysymykset oli esitestattu potilaalla, joka oli ollut aiemmin muussa leikkauksessa kuin polven tekonivelleikkauksessa.

6.2 Tutkimuskohde ja aikataulu

Tutkimuskohteena oli polven tekonivelleikkauksesta kotiutuneet potilaat. Haastattelut tapahtuvat potilaiden kotona tai muussa heille sopivassa paikassa. Aaltola ym. (2007) toteavat kirjassaan, haastattelupaikka ei ole mitenkään epäolennainen tekijä haastattelun onnistumisen kannalta, sillä onhan kyse moninaisten sosiaalisten tekijöiden määrittämästä vuorovaikutustilanteesta (Aaltola & Valli 2007, 28).

Tiedotteen haastattelusta potilaat saivat osastolla, johon he olivat voineet tutustua edeltäpäin. Tiedotteen allekirjoittaminen on lupa potilailta ja halutessaan he voivat vielä myöhemmin perua osallistumisensa tutkimukseen. (Liite 1) Tutkimukseen osallistujat eivät tienneet etukäteen haastattelun kysymyksiä.

Tapaamisen aikataulut olin sopinut etukäteen soittamalla haastateltaville. Haastattelupaikaksi jokainen valitsi tutun ja turvallisen oman kotinsa. Kerroin tutkimuksen merkityksen, miksi teen haastattelut ja mitä hyötyä siitä tulevaisuudessa mahdollisesti on. Tarvittavan lupahakemuksen esittelin ennen nauhoituksen aloittamista ja oman henkilöllisyydestodistuksen epäluulon poissulkemiseksi. Kaikki haastateltavat halusivat osallistua tutkimukseen. Nauhoitukset kerättiin Keski- Suomen alueelta.

Yhteisen tilanteen luomiseksi haastattelijan tulee selvittää oma roolinsa ja tehtävänsä kertomalla tutkimuksesta ja sen tavoitteista. Haastateltavalla tulee olla selvä käsitys nauhoitetusta keskustelusta. (Ruusuvuori & Tiitula 2005, 24–25.)

Aineisto kerättiin tammi-maaliskuun 2010 vaiheessa. Tutkimuksen toteuttamista varten anottiin lupaa Keski- Suomen sairaanhoitopiirin ortopediseltä osastolta. Tutkimuksen eettisyyden kannalta luvan saaminen tutkimukselle ja haastattelulle on tärkeä asia (Ruusuvuori & Tiitula 2005, 18). Tutkimuksen tarkoituksena oli saada arvokasta tietoa, miten potilaat ovat kokeneet kivunhoidon riittävyyden leikkauksen jälkeisinä päivinä ja heidän tuntemuksiinsa kivunlievityksestä.

6.4 Tutkimuksen analyysi

Tutkija voi kehittää itselleen sopivia apuvälineitä analyysin helpottamiseksi. Apuvälineinä voidaan käyttää matriiseja ja listoja, joihin tietoja kerätään. Kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää, on sisällönanalyysi. Se voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin ja myös yksittäisiin metodioihin kuin väliin teoreettisiin kehyksiin. Kritisointia on aiheuttanut tietokoneohjelmien hyväksi käyttö laadullisen aineiston analyysissä. (Tuomi ym. 2009, 91.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston analysointi aloitetaan mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen. Paunonen ym. (2006, 177) toteavat; ”Erityisesti kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistonkeruu ja analyysi tehdään usein yhtä aikaa. Kerättyä aineistoa pyritään mahdollisuuksien mukaan analysoimaan sitä mukaa kuin sitä kertyy”. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006,24). Laadullista aineistoa on mahdollista käsitellä tilastollisesti eri tekniikoiden avulla. Aineiston runsas ja elämänläheisyys tekevät laadullisesta tutkimuksesta mielenkiintoisen ja haastavan. (Hirsjärvi ym. 2007,177.)

Nauhoitettua tutkimusaineistoa kertyi jokaiselta haastateltavalta yksi konsepti. Nauhoitetut haastattelut kuunneltiin useaan kertaan ja kirjoitettiin auki sana

tarkasti. Auki kirjoitettu sisältö tulostettiin ja alleviivattiin samantyyllisiä pelkistettyjä vastauksia. Jokainen kysymys eriteltiin konseptille ja listatattiin samankaltaiset ja eriävät käsitteet. Vastausten perusteella muodostettiin alakategoriat, joista yhteenvetona saatiin selkeät vastaukset tutkimukseen. Tutkimuksessa esitetyt kysymykset olivat selkeät ja ymmärrettävyys niissä helppoa.

Litteroinnista ei ole tarkkaa yksiselitteistä ohjetta, tärkeää kuitenkin on tietää, minkälaista analysointia aiotaan tehdä. Aineisto kirjoitetaan sanamukaisesti puhtaaksi ja analysoidaan tietokoneelle. (Hirsjärvi Remes & Sajavaara 2007, 217.) Litteroinnilla tarkoitetaan nauhoitetun puhemuotoisen aineiston tai tutkimukseen osallistuneiden vastaajien omalla käsialallaan kirjoittamia tekstiä puhtaaksi kirjoittamista. Epäselyyksiä voi aiheuttaa nauhoitetun puheen ymmärtäminen, kuten murteet tai kirjoitusvirheet. (Internet 1.) Haastattelujen ja muun äänen litterointi voi tapahtua erilaisilla tarkkuuksilla riippuen siitä, mihin tarkoituksiin haastatteluja käytetään (Viinamäki ym. 2007, 114).

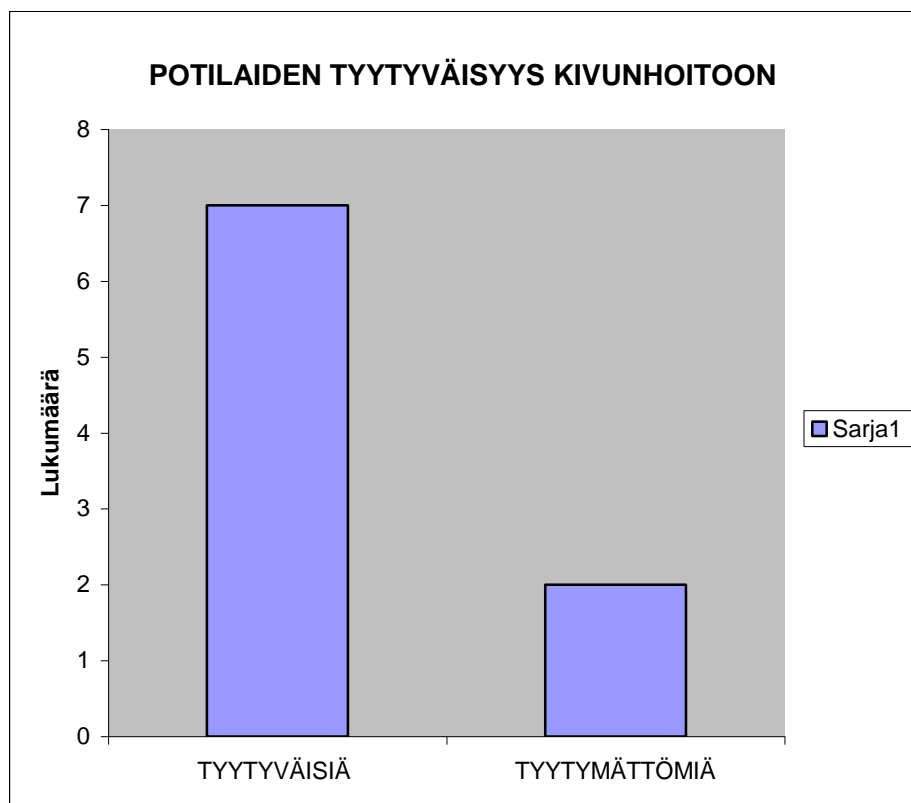
7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Tutkimukseen osallistui 9 polven tekonivelleikkauksesta toipuvaa potilasta. Naisia haastatteluun osallistui yli puolet (n=6) 66,7 %, miehiä (n=3) 33,3 %. Haastateltavista yksi oli alle 60- vuotias ja loput 60- 70 vuoden välillä, heille kaikille oli asennettu polventekonivel. Osalle oli tehty jo aiemmin toisen polven tekonivelleikkaus. Yhdelle haastatteluun osallistujalle oli tehty toisen polven tekonivelleikkaus yksityisellä sektorilla. Kaikki olivat halukkaita haastateltaviksi ja halusivat kertoa omat mielipiteensä ja kokemukset osastolla vietetystä ajasta tutkimuksen hyväksi. Haastatteluihin käytetty aika oli huomattavasti pidempi naisilla kuin miehillä. Naiset kertoivat yksityiskohtaisemmin ja enemmän omista tuntemuksista ja kokemuksista. Miehet vastasivat hyvin yksiselitteisesti kysymyksiin.

7.2 Potilaiden tyytyväisyys kivunhoitoon

Tutkimukseen osallistuvista henkilöistä (n=7) 77,8 % oli tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon osastolla. (n=2) 22,2 % ei ollut tyytyväisiä kivunhoitoon, sillä heillä esiintyi pahoinvointia ja toisella närästystä/ pahoinvointia. He olisivat toivoneet saavansa jotain muuta kipulääkettä kuin sitä mitä heille tuotiin. Kipua yritettiin hoitaa, mutta sopivaa kipulääkettä ei löytynyt. Myöhemmin haastattelutilanteessa kävi ilmi, että näillä kahdella oli esiintynyt masennusta sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Lyhyiden hoitajaksojen aikana tulisi kiinnittää enemmän huomiota potilaiden kivunarvointiin, mittaamiseen ja kirjaamiseen. Kivunhoito vaatii jatkuvaa työtä ja koulutusta.



Kuvio 1. Potilaiden tyytyväisyys kivunhoitoon

”No, tietysti se masentaa ja kiukuttaa ja tekee vaikka mitä.

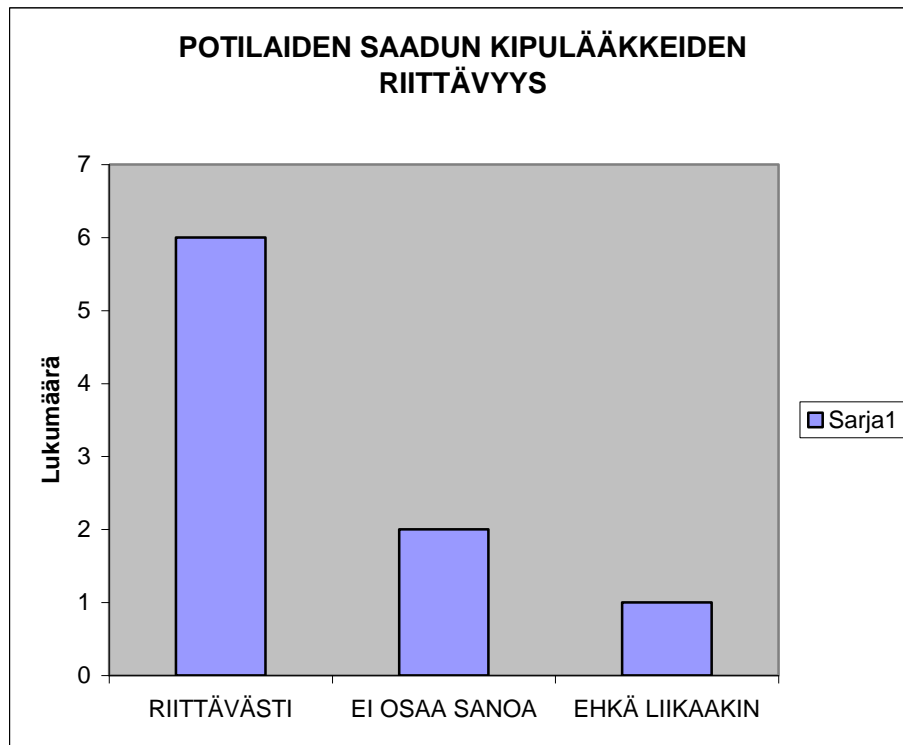
”Ja seuraavalla viikolla tuli sellaista masennusta.
Ei niinku kiinnostanut mikään. Ei jaksanut ajatella mitään,
koska se kipu vei liikaa ajatuksia.

Ei ollut hoitajia eikä lääkäreitä, jotka olisivat jutelleet siitä, että
masennusta voi olla leikkauksen jälkeen.”

7.3 Potilaiden saaman kipulääkkeen riittävyys osastolla

Haastateltavista (n=6) 66,7 % oli mielestään saanut riittävästi kipulääkettä ja (n=1) 11,1 % kertoi saaneensa ehkä liikaakin. Osastolla saaduista kipulääkkeistä haastateltavat muistivat ainoastaan Panacodin, eivät muita.

Eräs haastateltavista kärsi pahoinvoinnista eikä sen vuoksi ei pystynyt ottamaan kipulääkkeitä. Pahoinvointilääke ennen kipulääkettä oli auttanut jonkin verran kivunhoidossa. Kotiutustilanteessa hän olisi toivonut selvempiä ohjeita lääkityksestä pahoinvoinnin helpottamiseksi. Vahvat kipulääkkeet aiheuttivat pahoinvointia ja hän kärsi jatkuvasta kivusta, jopa masennukseen asti. Haastattelutilanteessa hän kertoi ottaneensa asuinpaikkakuntansa lääkäriin yhteyttä sietämättömien kipujen vuoksi, saamatta sieltäkään riittävää apua. Toinen henkilö kertoi kipulääkkeiden aiheuttavan pahoinvointia ja närästystä eikä pystynyt ottamaan niitä niin usein kuin olisi halunnut. Haastateltavista (n=2) 22,2 % eivät osanneet sanoa, olivatko he mielestään saaneet riittävästi kipulääkettä.



Kuvio 2. Potilaiden saadun kipulääkkeiden riittävyys osastolla

” Kyllä se tuntu riittävän.”

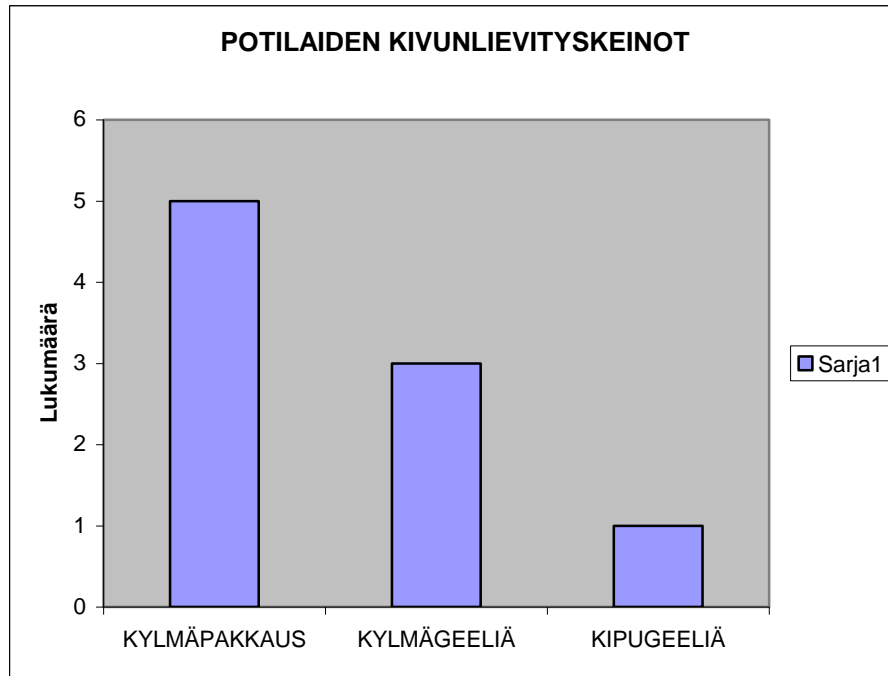
” Kyllä sain riittävästi kipulääkettä ja aina kun tarvitsin.”

” Kyllä, oikeastaan ja aina silloin, kun pyysin, niin aina sai.”

7.4 Potilaiden kivunlievitys ja muut keinot

Haastateltavat kertoivat kivunlievityskeinoiksi kylmäpakkaukset, kylmägeelit ja asentohoidon lääkehoidon lisäksi. Heistä (n=5) 55,5 % kertoi käyttäneensä kylmäpakkausta, (n=3) 33,3 % käytti kivunhoitoon kylmägeeliä ja (n=1) 11,1 % kipugeeliä. Asentohoito osastolla oli kokoasento, jolla tarkoitettiin tyynyä kipeän polven alle. Tämä ei kuitenkaan saanut jatkua pitkään, ettei polveen tule virheasentoa. Kaikki haastateltavat olivat kokeilleet asentohoitoa ja huomanneet sen auttavan kivunhoidossa. Yksi haastateltava kertoi hierovan polvea ja koki sen hyväksi. Moni jatkoi vielä kotona kylmähoitoa, koska se tuntui helpottavan kipua. Yksi haastateltava kertoi laittaneensa kipugeeliä

polveen ja taiteeseen. Kukaan haastateltavista ei saanut tietoa muista kivunlievityskeinoista.



Kuvio 3. Potilaiden kivunlievityskeinot

"Kylmäpakkauksia, muuta en saanut, enpä niitä kysellyt.

"Kylmägeelillä ja hieronnalla, itse hieroin.

"Kylmägeeli ja - pakkaus, kohoasento ja siinäpä ne tais ollakin."

Fysioterapeutti käy jokaisen polventekonivelleikkausta toipuvan potilaan kanssa läpi kotijumppaohjeet. Fysioterapeutin antama ohjaus on useimmiten liikunnallisia harjoitteita, kotona selviytymiseen liittyviä ergonomisia asentoja, lihasten venyttelyä ja nivelten liikkuvuutta. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 179). Leikkauksesta toipumisen kannalta oma aktiivinen ote kuntoutumiseen on tärkeää. Osastolta saadun kipulääkeannostusta haastateltavat olivat noudattaneet säännöllisesti ja kotijumppaohjeita he tekivät kivun sallimissa rajoissa.

7.5 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimustulosten perusteella suurin osa 77.8 % haastateltavista oli tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon osastolla. Muutaman kohdalla se ei toteutunut toivotulla tavalla. Myönteisyys kivunhoidon tyytyväisyyteen kävi ilmi siten, että kipua yritettiin kaikesta huolimatta hoitaa parhaalla mahdollisella tavalla, vaikka pahoinvointia ja närästystä ilmeni joillakin haastateltavilla. Toinen pahoinvoinnista kärsivä olisi toivonut saavansa kokeilla vielä kotona samaa lääkeyhdistelmää, mitä annettiin osastolla, vaikka se aiheutti pahoinvointia. Haastateltava kertoi jäävänsä yksin kivun kanssa, ei osannut lähteä hakemaan muualta apua. Erälle haastateltavalle annettiin mahdollisuus valita kipulääke pistoksena tai tablettina, hän valitsi tablettimuodon. Potilaille tulisi antaa enemmän tietoa lääkewaihtoehdoista leikkauksen jälkeen, mikäli esiintyy pahoinvointia tai muita reaktioita.

Osastolla olon aikana kipulääkkeiden riittävyydestä 77.8 % haastateltavista oli yhtä mieltä, että kipulääkettä sai riittävästi ja aina kun tarvitsi, kehoitettiin vain pyytämään. Kotiutumisen jälkeen suurin osa käytti ohjeiden mukaisesti kipulääkettä noin kuukauden ajan. Muutama kertoi käyttäneensä kipulääkettä vain 10 päivää säännöllisesti ja sitten vain tarvittaessa. Haastateltavista 20 % kipulääkkeiden sopimattomuus aiheutti ongelmia ja he kärsivät jatkuvista kivuista, mikä johti toimintakyvyn alentumiseen ja elämän laadun heikkenemiseen. Kipulääkkeiden sopimattomuuden vuoksi, potilaat eivät saaneet mitään korvaavaa hoitoa tilalle ja kipu vei yliotteen masennukseen asti. Masennus kesti useita viikkoja, ennen kuin kipu oli heidän hallinnassa ja elämän laatu korjaantui.

Tutkimuksessa selvisi, että lääkkeettömillä kivunhoitomenetelmillä oli jonkin verran vaikutusta hoidon onnistumiseen. Osastolla suosituin lääkkeetön hoitomuoto oli asentohoito, jota käyttivät kaikki haastateltavat. Hyvä tyynytki polven alla helpotti monen kipuja turvotuksiin. Kipugeeli osoittautui yhdellä haastateltavista hyväksi hoitokeinoksi osastolla.

Suosituin kotona käytetty lääkkeetön hoitomuoto oli erilaiset kylmäpakkaukset ja kylmägeelit. Naiset kokivat kivun vaikuttavan joka päiväseen elämään, kun taas miesten mielestä kipu häiritsi vain yöunta.

9 POHDINTA

9.1 Tutkimustulosten pohdinta ja johtopäätökset

Ikääntymisen lisääntyessä nivelrikon esiintyvyys kasvaa. Joka toinen yli 70 - vuotias kärsii toimintakykyä rajoittavasta nivelrikosta. Naisille polvennivelrikkoa esiintyy 2-3 kertaa enemmän kuin miehillä. (Lindgren 2005, 218.)

Tutkimukseen osallistuvista yli puolet oli naisia. Itse en pystynyt vaikuttamaan siihen kenelle tiedotteet annettiin. Niiden jakaminen osastolla oli hoitajien vastuulla, saattaa olla, että sillä hetkellä oli paljon naispotilaita leikattavana.

Lopputulos tutkimuksessa oli enimmäkseen positiivinen. Haastateltavista 80 % oli tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon. Muutama jäi kaipaamaan onnistuneempaa kipulääkitystä tai ainakin vaihtoehtoista kipulääkitystä.

Osastolla vietetyn ajan aikana kukaan haastateltavista ei saanut tietoa muista kivunlievityskeinoista. Tästä voidaan päätellä, että osastolla ei ole käytössä muita kivunlievityskeinoja tai niitä ei osata tuoda esille potilaan tarpeita ajatellen.

Potilaalla tulee olla mahdollisuus osallistua itse omaan kivunhoitoon ja henkilökunnan tulee tukea siinä potilasta kaikella mahdollisella tavalla. Potilaan psyykkinen ja fyysinen kokonaisvaltainen huomioiminen ovat hoitotyön perusta. Hoitajilta vaaditaan ammatillista tietoa ja taitoa kivunlievityksen mahdollisuuksista. Henkilökunnan hyvät vuorovaikutustaidot ja kiireettömyys, meluton ja viihtyisä hoitoympäristö ovat hoidon onnistumisen kannalta tärkeää. Postoperatiivinen kivunhoito on aina haasteellista yhteensovittamista sekä lääkkeillä että lääkkeettömiä menetelmiä toteuttaen.

Vainion (2003) mukaan, kipupotilailla masennus voi johtua monesta eri syystä. Terveysten menetys ja elämän muutos rajoittavat toimintakykyä. Uusi elämäntilanne ja kontaktien vähäisyys muihin ihmisiin voivat johtaa masennukseen. Masennuksen ja kivun suhdetta on tutkittu ja pohdittu laajalti. Joissakin tutkimuksissa masennusta on esiintynyt jopa sata prosenttia. Uusimpien tutkimusten mukaan kipupotilailla on erilaisia masennusoireita, mutta ne pelkästään eivät riitä täyttämään masennuksen kriteereitä. (Vainio 2003, 61.)

Tutkimuksessa kahden haastateltavan kohdalla nousi esille leikkauksen jälkeinen masennus. Tietoa leikkauksen jälkeisestä masennuksesta tulisi antaa enemmän potilaille. Aito välittäminen potilaasta, etenkin ne potilaat, jotka kokevat olonsa huonoksi ja epävarmaksi, lisää potilaan turvallisuutta ja tukisi potilaan itseluottamusta. Lisäksi niiden potilaiden kohdalla, joilla esiintyy pahoinvointi tai muuta oireilua, tulisi hoitajien ennakoida kipulääkkeiden sopivuutta ja tarvetta.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen kivunhoidon näkökulmasta. Jokaisella meistä on oikeus laadukkaaseen ja toimivaan leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon. Kivunlievityksessä on aina parantamisen ja kehittämisen varaa hoitokulttuurissamme. Kivunhoito erityisesti leikkauksen jälkeen on yksi tärkeimmistä kulmakivistä hoitotyössä. Hoitajien hyvä ammattitaito sekä teoretieto ovat kivunlievityksen onnistumisen kannalta tärkeää. Tehokas ja hyvänlaatuinen leikkauksen jälkeinen kivunhoito vaatii jatkuvaa koulutusta ja seurantaa, se myös antaa paljon vähentäessään potilaan turhia kärsimyksiä.

Tutkimuksen myötä oma ammatillinen kehittyminen kasvoi. Sain uutta tietoa kivunhoidosta ja sen merkityksestä hoitotyössä. Ihmisinä olemme erilaisia ja reagoimme asioihin eri tavalla mikä tulisi huomioida myös jokaisen kohdalla yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Mietittyäni, mitä olisin tehnyt toisin, olisin tavannut haastateltavat kaksi kertaa. Ensimmäisellä kerralla olisin tavannut heidät muussa paikassa kuin heidän omassa kodissaan, näin olisin saanut hieman tietoa heistä etukäteen ja päinvastoin. Seuraava kerta ei olisi ollut niin jännittävä, kun haastateltavat olisivat tienneet mitä odottaa tulevalta

keskustelulta ja olivat tavanneet minut aiemmin. Tilanne oli itsessään aika haasteellinen, ventovieraan ihmisen mennessä heidän kotiinsa.

Soittaessani tapaamisaikoja, kerroin taustatietoja itsestäni ja tutkimuksen motiiveista. Annoin numeroni, mikäli joku halusi perua osallistumisensa haastatteluun. Haastattelua edeltävänä iltana soitin varmistaakseni heidän osallistumisestaan tutkimukseen. Kaikki ilmoittautuneet halusivat osallistua haastatteluun.

Tämä tutkimus vaati yhteensovittamista ansiotyöni aikatulojen kanssa. Tutkimuksen eteneminen oli rankkaa, voimavaroja kuluttavaa ja aikaa vievää. Etäisyydet ja matkojen pituudet haastateltavien luokse kertyi useita satoja kilometrejä. Aloitin parityöskentelynä, mutta myöhemmin se osoittautui hankalaksi. Innokkuus lopahti ja työ keskeytyi joksikin aikaa. 2009 kesän mietittyäni, päätin jatkaa itsekseni opinnäytetyötä. Työn hankaluutena koin sen, että minulla ei ollut ketään kenen kanssa vaihtaa kuulumisia asian tiimoilta. Toisaalta, sain tehdä työstä oman näköiseni eikä tarvinnut riidellä asioista muiden kanssa.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Paunonen ym. (2006) kuvaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta seuraavasti: ”Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden eräs tärkeä kriteeri on aineiston edustavuus. Tutkimuksessa pyritään tarkoituksen mukaisesti yleistämään tutkimuksen löydökset koskemaan koko sitä joukkoa, jossa tutkittavat ovat otos”. (Paunonen ym. 2006, 216.)

Laadullisen tutkimuksen piiristä löytyy erilaisia käsityksiä tutkimuksen luotettavuuteen. Laadullisen tutkimuksen oppaat painottavat eri asioita ja luotettavuustarkastelut ovat monesti hyvin erilaisia. Tutkimusperinne ei ole yhtenäinen, vaan siihen kuuluu useita erilaisia perinteitä. (Tuomi ym. 2009, 134.)

Tutkimus on vapaaehtoinen ja haastattelut tehdään luottamuksellisesti ja eettisiä periaatteita noudattaen. Tutkimuksen luotettavuus huomioitu niin, että haastatteluun osallistuvat potilaat jäävät anonyymeiksi. Nauhoitetut äänitteet ovat piilossa ja salassa muilta. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen nauhoitteet hävitetään asianmukaisella tavalla.

Haastattelemalla kerätystä aineistosta tulisi käydä ilmi, mitä haastatteluteemoja tutkittavalle on esitetty. Haastattelijan esittämät liian suppeat ja liian kapealle alalle suuntautuvat kysymykset saattavat heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta liian väljätkään haastatteluteemat eivät ole suositeltavia liiallisen tutkimusaineiston vuoksi. Vapaamuotoisessa haastattelussa voivat tutkittavat jättää olennaisia asioita kertomatta, he voivat muunnella totuutta tai pyrkiä miellyttämään tutkijaa. (Paunonen ym. 2006, 217.)

Tämä tutkimus ei ole vahingoittanut ketään fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Lisäksi tutkimustulosten avulla saatava hyöty on huomattavasti suurempi, kuin mahdollinen haitta.

9.3 Jatkotutkimusehdotukset

Toivon, että tutkimuksesta nousi esille sellaisia asioita, joita voidaan hyödyntää kehittäessä leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa. Tutkittava otos oli verrattain pieni, 9 haastateltavaa ja heistä kahdella esiintyi masennusta, liekö sattumaa vai onko masennus yleistä leikkauksen jälkeen, jota ei osata hoitaa tai sitä ei tunnisteta. Lisätutkimuksia aiheesta voisi olla esimerkiksi ortopedisen potilaan leikkauksen jälkeinen masennus tai kipu syy-yhteys masennukseen. Toinen kehittämisaihe voisi olla erilaisten lääkkeettömien menetelmien hyödyntäminen leikkauksen jälkeisissä kiputiloissa.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodioihin 2. korjattu ja täydennetty p. Juva: WS Bookwell Oy.

Bricklin, M. 2003. Suuri kivunhoitokirja. Keuruu: Otava.

Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologiaa. 1. p. Juva: WS Bookwell Oy.

Heikkilä, A. 2006. Ravinto & Terveys. Tallina: Rasalas-kustannus.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimuksen haastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hiusjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13 osin uud. p. Keuruu: Otava,

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Jahren-Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E- A. 2006. Hoitotyön perusteet. 1 p. Suomenos: Paula Nieminen

Jäntti, M. 2000. Teoksessa Sailo, E & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Kustannusosakeyhtiö. Helsinki: Tammi

Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. 2.p. Jyväskylä: Duodecim.

Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri 2005. Potilaan opas; Polven tekonivelleikkaus. Viitattu 22.10.2009

Laurila, P. 2002. Nivelkirurgian jälkeinen kivunhoito. Lääkärilehti 57(45).

Lindgren, K- A. (toim.) 2005. TULES. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Helsinki: Duodecim.

Läketieteellinen aikakausikirja. Duodecim 3 / 2008. 124. vuosikerta.

Main, C.J., Spanswick, C. C. 2000. Pain management. An interdisciplinary Approach. Churchill Livingstone: Harcourt Publishers Limited.

Nurminen, M-L. 2002. Lääkehoito. Juva: WSOY

Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka.1-4.p. Porvoo: WSOY.

Roberts, P., Alhava, E., Höckersted, K. & Kivilaakso E. 2004. Kirurgia. Jyväskylä: Gummerus

- Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. 2006. Anestesiologia ja tehohoito, 2. uud. p. Jyväskylä: Gummerus
- Rokkanen, P., Avikainen, V., Tervo, T., Hirvensalo, E., Kallio, P., Kankare, J., Kiviranta, I. & Pätäälä, H. 2003. Ortopedia, käytännön ortopediaa 2. Jyväskylä: Gummerus
- Ruusuvuori, J. & Tiitula, L. 2005. Haastattelu: Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus
- Sailo, E. & Vartti, A-M. 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammi
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivunhoitotyö, 1. p. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy
- Silvasti, M. 2001. Kipulääkkeiden itseannostelu leikkauksen jälkeen. Lääkärilehti 56 (24).
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2.uud.p. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Telaranta, S. & Lehto, M. 2003. Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Tampere: Pirkanmaan ammattikoulun julkaisusarja C. oppimateriaalit. Nro 4.
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Jyväskylä: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009 Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.
- Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. Kirurgia.1.p. Porvoo: WSOY oppimateriaalit.
- Vainio, A. 2003. Kipu.1. p. Jyväskylä: Gummerus.
- Viinamäki, L. & Saari, E. 2007. Polkuja yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Tammi: Gummerus.

Internet- lähteet:

- Internet 1. Yhteiskuntatieteellinen arkisto Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 18.10.2009. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali>.
- Internet 2. Käypähoito potilasversio: Polvi- ja lonkkanivelrikko. Viitattu 18.10.2009. <http://www.terveyskirjasto.fi/>
- Internet 3. Käypähoito potilasversiot: Tulehduskipulääkkeiden käyttö. Viitattu 18.10.2009. <http://www.terveyskirjasto.fi/>

Liite 1

TIEDOTE

Olen sairaanhoitajaopiskelija Raija Ohvo ja valmistun Jyväskylän ammattikorkeakoulusta alkuvuodesta 2010. Teen opinnäytetyön postoperatiivisesta kivunhoidosta potilaille, joille on tehty polventekonivelleikkaus. Tutkimukseni tarkoituksena on kerätä tietoa haastattelemalla potilaita heidän kokemuksistaan kivuista ja tuntemuksista polvileikkauksen jälkeen.

Olen kiitollinen Teille, jos suostutte haastatteluun. Haastattelu tapahtuisi 3-4 viikon kuluttua leikkauksesta Teidän kotona tai jossakin muussa Teille sopivassa paikassa. Haastattelussa käytän muutamia avainkysymyksiä, joiden avulla selvitän, millaista kivunlievitys on ollut ja miten olette kokeneet kivun leikkauksen jälkeen. Vastaamisenne auttaa kehittämään kivunhoitoa sekä parantamaan kivunhoitomenetelmiä.

Mikäli suostutte haastatteluun, allekirjoittakaa tämä lomake. Haastattelut teen ehdottoman luottamuksellisesti ja nimettömänä. Nauhoitan haastattelut analysointia varten. Analysoinnin jälkeen nauhat hävitetään, eikä niitä käytetä missään muussa yhteydessä. Leikkauksen jälkeen voitte halutessanne perua osallistumisenne haastatteluun kertomalla siitä osastolla sairaanhoitajalle.

Suostun haastateltavaksi _____

allekirjoitus

Päivämäärä ja paikka

Liite 2



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hyvinvointiyksikkö

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS 1 (4)

Opiskelija/ tutkimuksen tekijä	Nimi ja opiskelijanumero Raija Ohvo D2452		Ryhmätunnus SHO6KSR2
	Katuosoite Pitkäkuja 49		Postinumero 44590
	Puhelin 040-7684493		Postitoimipaikka VUORILAHTI
	Yksikkö ja koulutusohjelma Jyväskylän Ammattikorkeakoulu sosiaali- ja terveysala		
Muut tekijät	Nimi ja ryhmätunnus		
Tutkimuksen ohjaaja	Nimi Marjo Palovaara Jaana Perttunen		Oppiarvo ja ammatti TM TM
	Toimipaikka ja osoite Keskussairaalantie 21 E 40625 JYVÄSKYLÄ		
	Puhelin 0400- 226055		Sähköpostiosoite jaana.perttunen@jamk.fi
Tutkimuksen toimeksian- taja	Toimeksiantaja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, osasto 21		
	Yhteystiedot Endoproteesihoitaja Päivi Salonen päivi.salonen@ksshp.fi YLIL. MAIJA PESOLA <i>maija.pesola@keski-s.</i>		
Toimeksianta- jan edustaja täyttää	Tutkimusluvan myöntäminen		
	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä		
	Myöntämisen ehdot <input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti tutkimuksen valmistuttua ja esitellä tutkimuksen tulokset suullisesti <input type="checkbox"/> Muut ehdot		
	Perustelut myöntämättä jättämiselle		
Päiväys ja allekirjoitus	Päättäjän nimi <i>Maaja Pesola, ort. ja traum. yks.</i>		
	Paikka ja päivämäärä <i>Jyväskylä 3/12-09</i>	Allekirjoitus <i>Maaja Pesola</i>	

